

<https://helda.helsinki.fi>

Katsaus: Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttö, erot kantaväestöihin ja erojen taustatekijät

Kieseppä, Valentina J

2021

Kieseppä , V J & Lehti , V 2021 , ' Katsaus: Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttö, erot kantaväestöihin ja erojen taustatekijät ' , Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti , Vuosikerta. 58 , Nro 1 , Sivut 78-88 . <https://doi.org/10.23990/sa.91149>

<http://hdl.handle.net/10138/333616>

<https://doi.org/10.23990/sa.91149>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Katsaus: Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttö, erot kantaväestöihin ja erojen taustatekijät

Maahanmuutto on lisääntyvä ilmiö niin Euroopassa ylipäätään kuin Suomessa. Tämä kuvaileva katsaus vetää yhteen suomalaista ja kansainvälistä kirjallisuutta maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käytöstä sekä eroja selittävistä taustatekijöistä. Maahanmuuttoon liittyy monia riskitekijöitä, jotka altistavat mielenterveydenongelmille, kuten ero lähiomaisista, kielelliset ja kulttuuriset muurit sekä mahdolliset traumaattiset tapahtumat lähtömaassa. Joillain maahanmuuttajaryhmillä, etenkin pakolaisilla, onkin havaittu kohonnut riski mielialahäiriöihin ja psykooseihin. Tästä huolimatta maahanmuuttajat käyttävät keskimäärin vähemmän mielenterveyspalveluita kuin kantaväestöt, vaikka tuloksissa onkin havaittu eroja lähtömaan, tulomaan, maahanmuuton syyn ja palvelun tyypin suhteen. Syitä vähäisemmäksi jäävän käytön taustalla saattavat olla vähäisempi tieto siitä, mitä mielenterveysongelmat ovat, millaista hoitoa niihin on tarjolla, miten mielenterveyspalvelujen piiriin hakeudutaan, mielenterveydenhäiriöihin liittyvä stigma, vaihtoehtoisten hoitomenetelmien puoleen kääntyminen, sekä kielelliset ja kulttuuriset muurit. Erojen vähentämiseksi on tärkeää sekä välittää tietoa maahanmuuttajille että tarjota terveydenhuollon työntekijöille välineitä kohdata eri kulttuureista tulevia.

ASIASANAT: maahanmuuttajat, mielenterveys, mielenterveyspalvelut, tasavertaisuus

VALENTINA KIESEPPÄ, VENLA LEHTI

YDINASIAAT

- Maahanmuuttoon liittyy monia riskitekijöitä, jotka altistavat mielenterveydenongelmille.
- Joillain maahanmuuttajaryhmillä on havaittu kohonnut riski joihinkin mielenterveyden ongelmiin.
- Maahanmuuttajat käyttävät keskimäärin vähemmän mielenterveyspalveluita kuin kantaväestöt.
- Eroihin mielenterveyspalvelujen käytölle ei ole yhtä selittävää tekijää.

JOHDANTO

Vaikka maahanmuutto Euroopassa ei ole uusi ilmiö, on se selvästi lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana (1). Globalisaatio ja kasvavat mahdollisuudet matkustaa lisäävät haluja muut-

taa. Maahanmuuttoon ajavat työmahdollisuudet ja perhesyyt, mutta myös eriarvoisuus, poliittinen ja taloudellinen epävakaus sekä sota ja väkivalta, joita paetaan (1).

Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa, ja vuoden 2018 lopussa heitä oli seitsemän prosenttia koko väestöstä (2). Heistä yli puolet oli eurooppalaistaustaisia, 29 prosenttia aasia-laistaustaisia ja 11 prosenttia afrikkalaistaustaisia. Ensimmäisiä oleskelulupia myönnettiin ja EU-kansalaisten ja heidän perheenjäseniensä oleskelulupia rekisteröitiin vuonna 2018 yhteensä 34 407 (3). Suurimman ryhmän muodostivat perhesiteiden vuoksi saapuvat henkilöt (26 %). Kansainvälisen suojelun kautta sekä kiintiöpakolaisina tuli 3490 henkilöä (10 %).

Näyttää siltä, että mielenterveyshäiriöt ovat maahanmuuttajien keskuudessa vähintään yhtä yleisiä kuin muussa väestössä, ja joidenkin häiriöiden kohdalla riski voi olla kohonnut (4,5). Erot ovat näkyneet esimerkiksi korkeampana itsemurhakuolleisuutena ja korkeampana riskinä sairaalahoitoon skitsofrenian takia joissain maahanmuuttajaryhmissä, mutta myös esimerkiksi korkeampina itseraportoituina masennus- ja ahdistusoireina (4,5). Vuonna 2017 julkaistussa systemaattisessa katsauksessa havaittiin, että hie-
man yli puolet maahanmuuttajien mielenterveyttä koskevasta kansainvälisestä tutkimuksesta viittasi siihen, että maahanmuuttajilla oli enemmän mielenterveysongelmia kuin kantaväestöillä (6), joskin neljäsosa tutkimuksista viittasi päinvastaiseen yhteyteen. Erityisesti riski masennukseen ja psykoosisairauksiin on maahanmuuttajilla kohonnut (7,8).

Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajilla diagnosoitiin erikoissairaanhoidossa vähemmän kaikkia mielenterveysongelmia kuin kantasuomalaisilla, traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) lukuun ottamatta (9). Suomessa asuvien somalialais-, kurdi- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien mielenterveyttä on selvitetty Maahanmuuttajien hyvinvointi- ja terveystutkimuksessa, jossa havaittiin, että kurditaustaisilla maahanmuuttajilla, erityisesti naisilla, sekä venäläistaustaisilla maahanmuuttajanaisilla oli muuhun väestöön verrattuna huomattavasti enemmän itseraportoituja masennus- ja ahdistusoireita (10). Somalialaistaustaisten maahanmuuttajien raportoimissa oireissa ei tullut esiin merkittäviä eroja suomalaistaustaisiin.

Mielenterveys vaihtelee eri maahanmuuttajaryhmien välillä, mutta erot eivät heijastele vain eroja lähtömaissa, vaan ennen kaikkea kokemuksissa ennen maahanmuuttoa ja sen jälkeen (11). Tapahtumat lähtömaassa ja syyt maahanmuuttoon vaikuttavat merkittävästi maahanmuuton kokemukseen (12), mutta yhteydet mielenterveyden ja maahanmuuton jälkeisten kokemusten välillä ovat myös vahvat (13). Syrjintä sekä taloudelliset vaikeudet ja työllistyminen omia kykyjä vastaamattomaan työhön lisäävät riskiä mielenterveyden ongelmille (14,15). Kokemukset ennen ja jälkeen maahanmuuton vaikuttavat siihen, alitistaako maahanmuutto mielenterveysongelmille (11). Koska maahanmuutto on niin vaativa

prosessi, tapahtuu jo ennen maahanmuuttoa jonkinlaista valikointia: terveet ja hyvinvoivat ihmiset pystyvät todennäköisemmin lähtemään kuin sairaat (healthy immigrant effect) (16,17). Vaikutuksen on kuitenkin havaittu laskevan ajan myötä, ja ajan kuluessa maahanmuuttajat muuttavat enemmän kantaväestön kaltaiseksi.

Maahanmuuttajista erityisesti pakolaisilla on havaittu olevan selvästi yleisväestöä enemmän mielenterveyden ongelmia (18,19), vaikka tuloksissa onkin ollut runsaasti tutkimusasetelmista ja menetelmistä riippuvaa vaihtelua. Pakolaisiksi määritellään henkilöt, jotka ovat paenneet maasta peläten vainoa esimerkiksi syntyperän, uskonnon tai mielipiteiden vuoksi. Pakolaisina saapuvat ovat usein altistuneet lähtömaassaan sodalle ja väkivallalle suorasti tai epäsuorasti ja he ovat saattaneet kokea hyvin vakavia traumoja, kuten kidutusta. Myös pakomatka itsessään voi olla traumaattinen. Sopeutuminen erilaiseen kulttuuriin voi olla hyvin haastavaa ja ristiriita odotusten ja todellisuuden välillä suuri (18). Kaikki nämä tekijät lisäävät mielenterveysongelmien riskiä. Yleisimpiä häiriöitä ovat masennus, ahdistus ja traumaperäinen stressihäiriö (19). Myös psykoosiriski on koholla (20). Pakolaiset myös raportoivat muita useammin epämääräisiä somaattisia oireita.

Suomessa Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointi -tutkimuksessa on selvitetty turvapaikanhakijoiden mielenterveyttä. Siinä ilmeni, että jopa 40 prosentilla juuri maahan tulleista turvapaikanhakijoista on vakavia itseraportoituja ahdistus- ja masennusoireita. Oireita oli erityisen paljon Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta tulevilla sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulevilla miehillä (21). Aikuisista turvapaikanhakijoista jopa 80 prosenttia oli kokenut traumatahtuman ennen Suomeen saapumistaan (21).

Maahanmuuttajien, erityisesti pakolaisten, oikea-aikainen ja laadukas mielenterveyshoito on tärkeää, paitsi humanitaarisista myös taloudellisista ja kansanterveydellisistä syistä. Hoitamattomat mielenterveysongelmat voivat johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen ja työttömyyteen, ja pääsy mielenterveyshoitoon on osa integroitumisen mahdollistamista uuteen yhteiskuntaan.

Suomalaisessa terveydenhuollossa pitäisi kyetä vastaamaan kaikkien väestönosien tarpeisiin ja varmistamaan tasavertainen palveluihin pääsy syntyperästä riippumatta. Tässä katsauksessa

tarkastellaan maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden käyttöä koskevaa tietoa, joka auttaa tunnistamaan mahdollisia kehittämiskohteita. Taivotteena on vertailla mielenterveyspalveluiden käyttöä maahanmuuttajien ja kantaväestön sekä eri maahanmuuttajaryhmien välillä ja koota tietoa mahdollisia eroja selittävistä tekijöistä. Maahanmuuttajilla tarkoitetaan tässä katsauksessa ensimmäisen polven maahanmuuttajia, eli henkilöitä, jotka ovat itse kokeneet muuton maasta toiseen.

Katsaus on luonteeltaan kuvaileva, ja siinä painottuvat tutkimukset, jotka ovat sovellettavissa suomalaisessa terveydenhuollossa. Artikkeleita haettiin Scopus- ja Pubmed- tietokannoista. Mukaan valikoitui englannin- ja suomenkielisiä, länsimaissa toteutettuja tutkimuksia pääosin aikuisista maahanmuuttajista. Tutkimusten joukossa oli sekä alkuperäistutkimuksia että katsausartikkeleita. Palveluiden käyttöä koskeva tieto perustuu ensisijaisesti määrällisiin, väestöpohjaisiin tutkimuksiin. Etenkin käyttöä selittäviä tekijöitä koskevaa tietoa täydennettiin muilla, myös laadullisilla tutkimuksilla. Mukaan ei otettu tutkimuksia, joissa tutkittavat oli määritelty esim. etnisiin vähemmistöihin kuuluviksi ilman tietoa maahanmuuttajuudesta.

TULOKSET

MAAHANMUUTTAJIEN MIELENTERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että maahanmuuttajat käyttävät keskimäärin kantaväestöjä vähemmän mielenterveyspalveluita. Havainto on toistunut monista eri lähtömaista tulevien maahanmuuttajien kohdalla (22–26). Pakolaisten joukossa on joissain tutkimuksissa havaittu myös kantaväestöä yleisempää mielenterveyspalvelujen käyttöä (22), joskaan se ei aina tarkoita, että palveluita käytettäisiin enemmän tai yhtä paljon suhteessa tarpeeseen (27).

Hoidon jatkuvuudesta ja intensiteetistä on saatu vaihtelevia tuloksia. Jotkut tutkimukset eivät ole havainneet eroja (25), mutta maahanmuuttajien vähäisempää mielenterveyspalvelujen käytön intensiteettiä on raportoitu muun muassa Kanadassa (23). Italiassa on havaittu maahanmuuttajien jäävän hoidosta pois kantaväestöä helpommin (28). Useimmat tutkimukset eivät ole ottaneet huomioon hoidon tarvetta (23,26,29–34), mutta niissä tutkimuksissa joissa

hoidon tarve on huomioitu, on tyypillisesti havaittu, etteivät erot palveluiden käytössä selity vähäisemmällä oireilla (24,35).

Eroja palveluiden käytössä on myös etnisten ryhmien ja maahanmuuton syyn välillä. Norjassa on havaittu, että erityisesti Somaliasta kotoisin olevat maahanmuuttajat näyttävät käyttävän muita maahanmuuttajaryhmiä vähemmän psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita ja perusterveydenhuollon palveluita mielenterveyden ongelmiin (29,34). Iranista ja Irakista kotoisin olevien maahanmuuttajien on Norjassa ja Ruotsissa havaittu käyttävän muita enemmän sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja että perusterveydenhuollon palveluja mielenterveyden ongelmiin (26,29,32). Myös aasialaistautaiset maahanmuuttajat näyttävät käyttävän muita vähemmän psykiatrisia avohoidon palveluja (33,36).

Norjalaisessa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että pakolaistautaiset käyttivät keskimäärin hieman kantaväestöä enemmän psykiatrista avohoidoa, kun taas työ- ja perheperäiset maahanmuuttajat hieman vähemmän (29). Vastaavia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (23, 34,37). Mitä pidempään maassa asutaan, sitä enemmän maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden käyttö alkaa muistuttaa kantaväestön mielenterveyspalvelujen käyttöä (29,38). Alhaisempi sosioekonominen asema näyttää olevan yhteydessä suurempaan palvelujen käyttöön (30,38). Kanadalais tutkimus havaitsi, että alhainen sosioekonominen status vaikuttaa maahanmuuttajiin ja kantaväestöön eri tavoin: se on yhteydessä kasvaneeseen mielenterveyspalvelujen käyttöön molemmissa ryhmissä, mutta yhteys on heikompi maahanmuuttajien keskuudessa (30).

Myös palvelun tyypin suhteen on havaittu eroja, vaikka tulosten sisällä onkin runsasta vaihtelua. Psykiatrisen avohoidon käyttö näyttää olevan vähäisempää maahanmuuttajien kuin kantaväestöjen joukossa (22,31,35), kun taas sairaalahoito näyttää olevan ainakin joissain maahanmuuttajaryhmissä kantaväestöä yleisempää (32). Sveitsissä todettiin erityisesti Turkista ja Itä-Euroopasta tulevien maahanmuuttajien päätyvän sairaalahoitoon huomattavasti kantaväestöä useammin (39). Vastentahtoiseen hoitoon joutuminen sekä pakkokeinojen käyttö näyttävät olevan yleisempiä maahanmuuttajien kuin kantaväestön joukossa, erityisesti afrikkalaistaustaisten (32,40–43).

Psykoterapian toteutumista maahanmuuttajien keskuudessa on tutkittu vain vähän. Yhdysvaltalais tutkimuksissa on osoitettu, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvat asiakkaat keskeyttävät terapian valtaväestöön verrattuna useammin (44), etenkin jos terapeutin kulttuurinen kompetenssi on heikko (45), mutta näissä tutkimuksissa ei ole tarkasteltu erikseen maahanmuuttaja-taustaa.

Maahanmuuttajien on myös havaittu käyttävän keskimäärin vähemmän psyykenlääkkeitä, vaikka vaihtelua on eri lähtömaiden sekä käytetyn lääkkeen suhteen (46–48). Maahanmuuttajat jättävät useammin määrätyn lääkkeen käytön aloittamatta, ja keskeyttävät lääkkeen käytön kantaväestöä useammin (48). Nämä erot ovat korostuneet Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta tulevien maahanmuuttajien keskuudessa (49). Ruotsissa on havaittu, että Euroopan ulkopuolelta (erityisesti Afrikan sarvesta) kotoisin olevat maahanmuuttajat käyttivät muita vähemmän psyykenlääkkeitä. (46,50). Eroja on havaittu erityisesti masennuslääkkeiden käytössä, joka on maahanmuuttajilla kantaväestöjä alhaisempaa (50,51), joskin hollantilaisessa tutkimuksessa huomattiin, että marokkolais- ja turkkilaistautaiset maahanmuuttajat käyttivät hollantilaisia enemmän masennuslääkkeitä (52). Norjassa ja Espanjassa on havaittu, että erityisesti Kiinasta ja Puolasta tulevat maahanmuuttajat käyttävät kantaväestöjä vähemmän masennuslääkkeitä ja rauhoittavia lääkkeitä (47). Ajan kuluessa psyykenlääkkeiden käyttö näyttää kuitenkin nousevan lähemmäs kantaväestön tasoa (46).

PALVELUJEN KÄYTTÖ SUOMESSA

Suomessa toteutetussa selvityksessä todettiin, että vuosina 2007–2009 vieraskieliset hakivat suomen- ja ruotsinkielisiä vähemmän kuntoutuspsykoterapiaa ja heidän hakemuksensa myös hylättiin useammin (53). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa kurditautaiset maahanmuuttajat kertoivat käyttäneensä mielenterveyspalveluita yhtä paljon kuin muu väestö, vaikka ajankohtaiset masennus- ja ahdistusoireet olivat heidän joukossaan muuta väestöä yleisempiä (10). Somalialaissyntyiset käyttivät mielenterveyspalveluita muita vähemmän. Tutkimuksessa havaittiin myös, että kurditautisten maahanmuuttajien psyykinen oireilu jatkuu vuosia maahanmuuton ja kotimaassa koettujen trau-

matapahtumien jälkeen, mikä saattaa olla merkki viiveestä mielenterveyspalvelujen piiriin pääsemisessä (10). Kahdeksan prosenttia kurditautaisista maahanmuuttajista raportoikin tyydyttämätöntä tarvetta mielenterveyspalveluille. Somalialaissyntyiset maahanmuuttajat raportoivat vain vähän tyydyttämätöntä tarvetta palveluille, vaikka heillä oli yhtä paljon psyykkisiä oireita kuin somalialaissyntyisilläkin ja suhteellisen monella oli traumaattista taustaa.

Tuoreessa suomalaisessa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajat käyttivät yleisesti ottaen psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita kantaväestöä vähemmän ja matalammalla intensiteetillä, eli senkin jälkeen, kun hoitoon on hakeuduttu, maahanmuuttajien hoidot jäivät lyhyemmiksi kuin kantasuomalaisten (54). Erityisessä riskissä lyhyeksi jäävään hoitoon (yhdestä kolmeen käyntiä) olivat vasta maahan tulleet nuoret maahanmuuttajat sekä Afrikasta, Lähi-idästä ja Itä-Euroopasta kotoisin olevat maahanmuuttajat. Kaikkein korostuneimmat erot olivat Somaliasta, Irakista ja Afganistanista tulevien maahanmuuttajien joukossa. Riski matalan intensiteetin hoitoon oli jopa kaksinkertainen verrattuna kantasuomalaisiin, vaikka näissä ryhmissä tiedetään olevan runsaasti pakolaistaustaisia ihmisiä, jotka ovat kokeneet traumaattisia tapahtumia (10). Myös Suomessa maahanmuuttajat käyttivät kantaväestöä vähemmän psyykenlääkkeitä, erityisesti tuoreet maahanmuuttajat ja Aasiasta ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta tulevat maahanmuuttajat (55).

MISTÄ EROT JOHTUVAT?

Koska maahanmuuttajat ovat moninainen joukko ihmisiä, jotka tulevat maahan hyvin erilaisista syistä ja lähtökohdista, ei eroille löydy yhtä selittävää tekijää. Suurin osa tutkimuksesta, joka on tutkinut selittäviä tekijöitä vähäisemmän palvelujen käytön taustalla, on keskittynyt länsimaihin muuttaneisiin, ei-länsimaisiin maahanmuuttajiin ja pakolaisiin. Tässä alaluvussa käydään läpi palvelujen käytölle tyypillisesti havaittuja rakenteellisia ja kulttuurisia esteitä.

Rakenteelliset esteet

Yksi yleisimmistä esiin nouseva este palvelujen käytölle on kielimuuri (22,36,56). Katsaus laadullisesta tutkimuksesta turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten palvelujen käytöstä havaitsi kielimuurin

isoksi ongelmaksi, ja erityisesti harvinaisemmille kielille oli vaikeaa löytää tulkkeja (57). Kommunikaatiovaikeudet aiheuttavat usein pelkoa, ja tulkkiin saattaa olla vaikeata luottaa, etenkin, jos tulkki edustaa omaa yhteisöä (58). Tulkin varaaminen voi olla hankalaa, eivätkä kaikki koe tulevana ymmärretyksi tulkin avustuksellakaan (59). Kielimuuri tuo erityisen haasteen psykoterapeuttiseen työskentelyyn, jossa kieli on keskeinen työväline.

Toinen merkittävä este palveluiden käytölle on vähäinen tieto siitä, mitä mielenterveyspalvelut ovat ja miten niiden piiriin hakeudutaan (22,57). Yhdysvaltalaiskatsauksen mukaan heikko tietoisuus palveluista oli yksi yleisimmistä esteistä niiden käytölle (22). Psykoterapia saattaa olla hoitona vieras, ja siihen liittyä negatiivisia ennakkoluuloja (60). Vieraassa terveydenhuoltojärjestelmässä navigoiminen on myös haastavaa; monelle erityisesti perusterveydenhuollon rooli ”porttina” muihin palveluihin on vaikeaa ymmärtää (57).

Maissa, joissa terveydenhuolto on maksullista, maksullisuus muodostaa esteen palvelujen käytölle (22,56). Palveluihin hakeutuminen voi olla myös konkreettisesti hankalaa: työvuoron peruminen tai lastenhoitajan hankkiminen voivat muodostua esteiksi (57).

Negatiiviset kokemukset mielenterveyspalveluista saattavat myös johtaa hoidon nopeaan katkeamiseen. Syrjinnän kokemuksia on raportoitu useissa tutkimuksissa (22,57). Maahanmuuttajat ovat myös kritisoineet mielenterveyspalveluita liiasta painotuksesta lääkkeisiin sekä vastaanottojen koetusta kiireellisyydestä (61).

Kulttuuriin liittyvät esteet

Pelko mielenterveyshäiriöihin liittyvästä stigmosta on yleinen este palveluihin hakeutumiselle joissain maahanmuuttajaryhmissä (22,56,57). Yhdysvaltalaiskatsauksessa stigma oli kaikkein yleisimmin raportoitu kulttuuriin liittyvä este mielenterveyspalvelujen käytölle ja sitä raportoivat erityisesti afrikkalaistaustaiset maahanmuuttajat (22). Australialaistutkimus pääosin Lähi-idästä muuttaneista pakolaisista havaitsi, että vakavammat psyykkiset oireet olivat yhteydessä korkeampaan stigman kokemukseen, mikä taas oli yhteydessä vähentyneeseen halukkuuteen hakeutua hoitoon (62). Stigma ja stigman pelko ovat lähtöisin sekä yksilöistä itsestään että ympäris-

töstä (57). Stigma liittyy myös vahvasti siihen, minkälainen mielikuva henkilöllä entuudestaan mielenterveydestä on (57).

Erilaiset käsitykset mielenterveydestä ja mielenterveysongelmista ovat keskeinen palveluihin hakeutumiseen vaikuttava tekijä (11). Länsimaissa psykopatologian merkkeinä nähtäviä ”oireita” ei kaikissa kulttuureissa liitetä mielenterveyden ongelmiin eikä ajatella, että niihin pitäisi hakea apua lääketieteestä (57). Esimerkiksi somalialaispakolaiset ovat kuvanneet mielenterveyden nähtävän jakautuvan yksioikoisemmin ”terveisiin” ja ”sairaisiin”, eikä masennuksen käsite ole kaikille tuttu (18). Sama kokemus oli myös sudanilaispakolaisilla ja sudanilaisille trauman käsite saattaa olla vieras (63). Mielenterveysongelmien oireiden liittäminen noituuteen tai muuhun yliluonnolliseen ei myöskään ole tavatonta joissain kulttuureissa (57,64). Suomessa toteutetussa tutkimuksessa somalialaispakolaisten käsityksistä mielenterveyshäiriöiden syistä kävi ilmi, että yleisimpinä syinä mielenterveydenongelmille pidettiin henkiolentoja (jinn), moniavioisuuteen liittyvää mustasukkaisuutta sekä elämässä koettuja vaikeuksia (65). Erilainen näkemys mielenterveydestä voi johtaa siihen, että oireisiin haetaan apua muualta kuin mielenterveyspalveluista, kuten perheeltä, yhteisöstä tai uskonnosta (22,61,66).

Myös luottamuksen puute palveluihin voi estää maahanmuuttajia hakeutumasta avun piiriin (18,67). Esimerkiksi Kanadassa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät maahanmuuttajaäidit pelkäsivät menettävänsä lapsen, jos kertoisivat oireistaan (68). Suomessakin on havaittu, että menneet traumaattiset tapahtumat maahanmuuttajien keskuudessa ovat yhteydessä alhaisempaan luottoon terveyspalveluihin (69).

POHDINTA

Koska eroille maahanmuuttajien ja kantäväestöjen mielenterveyspalvelujen käytössä ei löydy yhtä selittävää tekijää, ei ongelmaan ole myöskään yhtä ratkaisua. Vaikka osin vähäisempi tarve palveluiden käytölle saattaakin selittää eroja, keskiarvojen taustalle kätkeytyy todennäköisesti suurtakin tyydyttämätöntä palveluntarvetta joissain maahanmuuttajaryhmissä, ennen kaikkea pakolaistaustaisten keskuudessa.

Suomessa, jossa humanitaarinen maahanmuutto on edelleen suhteellisen vähäistä, vähäis-

tä mielenterveyspalvelujen käyttöä selittää varmaankin osin aidosti vähäisempi tarve palvelujen käytölle. Silti palvelujen alikäyttöä on raportoitu erityisesti haavoittuvaisissa ryhmissä, kuten pakolaisten keskuudessa. Kurditaustaiset maahanmuuttajat, joista monella on traumataustaa, ovat raportoineet tyydyttymättömää tarvetta mielenterveyspalveluille (10) ja Lähi-idästä, Afrikasta ja Itä-Euroopasta tulleiden maahanmuuttajien mielenterveyshoidot erikoissairaanhoidossa ovat jääneet erityisen lyhyiksi (54). Näissä ryhmissä vähäinen mielenterveyspalvelujen käyttö tuskin selittyy ainakaan vähäisemmällä oireilla.

Se, ettei mielenterveyspalveluita oireista huolimatta käytetä, ei silti aina tarkoita, että palveluita kaivattaisiin. Kaikki maahanmuuttajat eivät koe hyötyvänsä länsimaisesta mielenterveyshoidosta (70) ja ongelmiin haetaan ja saadaan apua muualta, kuten perheestä, yhteisöstä tai uskonnosta. Australialainen laadullinen tutkimus sudanilaispakolaisten asenteista mielenterveyspalveluihin esittää, että monille sudanilaispakolaisille elämän jatkaminen voi olla hyödyllisempää kuin ongelmien pohtiminen länsimaisessa psykoterapeuttisessa viitekehyksessä (63). Pakolaisten kohdalla interventiot, joissa perhe ja yhteisö ovat mukana tai huomioitu, on havaittu toimiviksi (71). Koska monesti mielenterveysongelmien kanssa käännyttään muiden kuin psykiatristen palvelujen puoleen, voisi yhteistyöstä virallisten ja epävirallisten sektoreiden välillä olla hyötyä (22).

Kotoutumisen tukeminen on tärkeä tekijä maahanmuuttajien mielenterveyden tukemisessa ja ongelmien ehkäisyssä (72). Pakolaiset ovat kuvanneet, että hyötyisivät ennen kaikkea konkreettisista neuvontapalveluista sopeutumiseen liittyvissä asioissa (18). Myös Suomessa turvapaikanhakijat ovat kokeneet hyötynensä keskusteluavussa erityisesti konkreettisista neuvoista ja ohjeista (73).

Kun pakolaisten asenteita mielenterveyspalveluja kohtaan on selvitetty, on tullut ilmi monien pitävän merkittävänä sitä, että mielenterveyspalvelujen olemassaolosta ja luonteesta olisi saatavilla enemmän tietoa (58). Psykoedukaatio siitä, mitä mielenterveysongelmat ovat ja millaisia hoitomenetelmiä niihin länsimaissa käytetään, on olennaista mielenterveysongelmiin liittyvän stigman vähentämiseksi. Myös kulttuurin huomioiminen mielenterveystyössä on tärkeää. Pako-

laistaustaisten kanssa työskentelevät terapeutit ovat kuvanneet, etteivät perinteiseen psykoterapiaan liittyvä terapeutin anonyymiys ja neutraalius välttämättä sovellu pakolaisten kanssa työskentelyyn, vaan niistä liiallinen kiinnipitäminen saattoivat jopa olla vahingollisia terapiasuhteen kehittymiselle (74). Myös maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa painotetaan terveydenhuollon henkilöstön koulutusta tuomaan välineitä kohtaamaan erilaisista taustoista tulevia henkilöitä, sekä mahdollisuutta maahanmuuttajille räätälöidyistä palveluista (10) – toisaalta potilaan eksotisoimista ja kulttuurisia stereotypioita tulisi välttää (75).

Jotta voitaisiin pyrkiä vastaamaan maahanmuuttajien tarpeisiin, on tärkeää pyrkiä ymmärtämään eri ryhmien todellisia tarpeita ja omia käsityksiä siitä, miten niihin voitaisiin vastata. Lisää tietoa tarvitaan erityisesti palvelujen käytön mahdollisista esteistä sekä muista mahdollisista vähäisemmän käytön syistä. Tulevaisuudessa tutkimuksen tulisi selvittää myös menetelmiä, joilla mahdolliseen epätasa-arvoon ja epäkohtiin voitaisiin puuttua.

Tämä katsaus pyrki kokoamaan yhteen maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttöä ja sitä selittäviä tekijöitä koskevaa suomalaista ja kansainvälistä tutkimusta. Katsauksen ulkopuolelle jäivät tutkimukset, jotka oli toteutettu muulla kuin suomen tai englannin kielellä, etnisiä vähemmistöjä käsittelevät tutkimukset sekä sellaiset tutkimukset, joissa terveyspalveluiden käyttöä oli tutkittu yleisemmin eikä vain keskitetyen mielenterveyspalveluiden käyttöön. Psykelaäkkeiden käytön osalta katsauksessa ei pyritty kokonaisvaltaiseen kartoitukseen, vaan mukaan valikoitui tutkimuksia, jotka antavat hyvän yleiskuvan maahanmuuttajien psykelaäkkeiden käyttöä koskevasta tutkimuksesta.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Maahanmuuttajat näyttävät kärsivän hieman enemmän psykiatrisesta sairastavuudesta kuin kantaväestöt ja käyttävän heitä hieman vähemmän psykiatrisia palveluita, vaikka tulokset ovatkin vaihdelleet lähtömaan, tulomaan, diagnoosin ja maahanmuuton synn suhteen, ja joissain maissa ja ryhmissä löydöstä ei ole tehty tai yhteys on näyttäytynyt jopa päinvastaisena. Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että on tiettyjä maahanmuuttajaryhmiä, jotka tarpeesta huolimatta jää-

vät vaille hoitoa tai heidän hoitonsa katkeavat kantaväestöä ja muita maahanmuuttajia aiemmin. Onkin harhaanjohtavaa puhua maahanmuuttajista yhtenä ryhmänä, sillä siinä missä toisissa ryhmissä vähäisempää palvelujen käyttöä saattaa aidosti selittää vähäisempi tarve, voi toisessa ryhmässä, esimerkiksi pakolaisten keskuudessa, tarve olla moninkertainen huolimatta palvelujen vähäisestä käytöstä. Syitä vähäiseksi jäävän hoidon taustalla tarpeesta huolimatta ovat esimerkiksi vähäinen tieto siitä, mitä mielenterveydenongelmat ovat, millaista hoitoa niihin on tarjolla, miten hoitoon hakeudutaan, mielenterveydenhäiriöihin liittyvä stigma, muiden hoitomenetelmien puoleen kääntyminen, sekä kielelliset ja kulttuuriset murit. Erojen vähentämiseksi olisi tarpeellista sekä lisätä maahanmuuttajien tietoisuutta

mielenterveydestä ja saatavilla olevista mielenterveyspalveluista, että tarjota terveydenhuollon työntekijöille koulutusta syventämään kulttuurista ymmärrystä, jotta heillä olisi entistä parempia välineitä eri taustoista tulevien ihmisten kohtaamiseen.

RAHOITTAJAT:

Tämä työ toteutettiin Kelan ja Juha Vainion säätiön apurahojen tuella.

KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIT:

Kieseppä ja Lehti suunnittelivat käsikirjoituksen yhdessä. Kieseppä kirjoitti käsikirjoituksen ensimmäisen version ja Kieseppä ja Lehti muokkasivat käsikirjoituksen yhdessä lopulliseen muotoonsa.

Kieseppä, V., Lehti, V. A review: Immigrants' mental health service use, disparities between immigrants and native populations and underlying causes. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2021: 58: 78–88.

Immigration is a growing phenomenon both in Europe in general as well as in Finland. This narrative literature review summarizes Finnish and international literature on immigrants' mental health service use and underlying causes. There are many risk factors associated with immigration which might predispose to mental health problems, such as separation from family, cultural and linguistic barriers and possible traumatic events in the country of origin. Some immigrant groups, especially refugees, have an increased risk of developing mood disorders and psychoses. Despite this, immigrants use mental health services less than native populations, although the results have varied with regard to country of origin, host country, reason for migration and type of service.

Reasons behind the low service use might include lack of awareness of what mental health problems are, what kind of treatment is available for them, how to access services, stigma related to mental health problems, turning to alternative treatment methods and linguistic and cultural barriers. To decrease the disparities it is important to both convey information to immigrants as well as offer health care employees tools to encounter people of different cultural backgrounds.

Keywords: immigrants, mental health, mental health services, equality

Saapunut 03.04.2020
Hyväksytty 23.09.2020

LÄHTEET

- (1) Castles S, Haas H de, Miller MJ. The Age of Migration, Fifth Edition: International Population Movements in the Modern World. 5. painos. New York: The Guilford Press; 2013.
- (2) Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestö rakenne [verkkójulkaisu]. Vuosikatsaus 2018. Luettu 4.11.2019. http://www.stat.fi/til/vaerak/2018/02/vaerak_2018_02_2019-06-19_tie_001_fi.html
- (3) Euroopan muuttoliikeverkosto (EMN). Maahanmuuton tunnusluvut 2018. http://www.emn.fi/files/1967/Maahanmuuton_tunnusluvut_2018_FI_SCREEN.pdf
- (4) Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, ym. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005;1(1):13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13>
- (5) Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, ym. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. Eur Psychiatry. 2008;23:14–20. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9)

- (6) Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, ym. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):111–121. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.014>
- (7) Mindlis I, Boffetta P. Mood disorders in first- and second-generation immigrants: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(3):182–189. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181107>
- (8) Seltén J-P, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med*. 2020;50(2):303–313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>
- (9) Markkula N, Lehti V, Gissler M, ym. Incidence and prevalence of mental disorders among immigrants and native Finns: a register-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(12):1523–1540. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1432-7>
- (10) Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2012. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- (11) Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, ym. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011;183(12):E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- (12) Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
- (13) Pfarrwaller E, Suris J-C. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Ital J Public Health*. 2012;9(3): E7529. <http://doi.org/10.2427/7529>
- (14) Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, ym. Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethn Health*. 2012;17(1–2):17–53. <https://doi.org/10.1080/13557858.2011.632816>
- (15) George U, Thomson M, Chaze F, ym. Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):13624–13648. <https://doi.org/10.3390/ijerph121013624>
- (16) McDonald JT, Kennedy S. Insights into the ‘healthy immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59(8):1613–1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>
- (17) Moullan Y, Jusot F. Why is the “healthy immigrant effect” different between European countries? *Eur J Public Health*. 2014;24(suppl 1):80–86. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku112>
- (18) Palmer D, Ward K. ‘Lost’: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Med Confl Surviv*. 2007;23(3):198–212. <https://doi.org/10.1080/13623690701417345>
- (19) Giacco D, Laxham N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*. 2018;(77):144–152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
- (20) Brandt L, Henssler J, Müller M, ym. Risk of Psychosis Among Refugees: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1133–1140. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1937>
- (21) Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, ym. Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi: Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/138298>
- (22) Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 2016;67(3):265–274. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>
- (23) Durbin A, Lin E, Moineddin R, ym. Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada. *Open Med*. 2014;8(4):e136–e146.
- (24) Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, ym. Use of Health Care Services for Psychological Distress by Immigrants in an Urban Multicultural Milieu. *Can J Psychiatry*. 2007;52(5):295–304. <https://doi.org/10.1177/070674370705200504>
- (25) Klimidis S, McKenzie DP, Lewis J, ym. Continuity of contact with psychiatric services: immigrant and Australian-born patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(12):554–563. <https://doi.org/10.1007/s001270050279>
- (26) Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants’ use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):341. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-341>
- (27) Slewa-Younan S, Mond J, Bussion E, ym. Psychological trauma and help seeking behaviour amongst resettled Iraqi refugees in attending English tuition classes in Australia. *Int J Ment Health Syst*. 2015;9(5). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-9-5>
- (28) Gramaglia C, Gambaro E, Rossi A, ym. Immigrants’ Pathways to Outpatient Mental Health: Are there Differences with the Native Population? *J Immigr Minor Health*. 2016;18(4):878–885. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0336-4>
- (29) Abebe DS, Lien L, Elstad JI. Immigrants’ utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(6):679–687. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>

- (30) Durbin A, Moineddin R, Lin E, ym. Examining the relationship between neighbourhood deprivation and mental health service use of immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(3):e00669. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006690>
- (31) Ivert A-K, Merlo J, Svensson R, ym. How are immigrant background and gender associated with the utilisation of psychiatric care among adolescents? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(5):693–699. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0589-3>
- (32) Manhica H, Almquist Y, Rostila M, ym. The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(05):526–534. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000445>
- (33) Spinogatti F, Civalenti G, Conti V, ym. Ethnic differences in the utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(1):59–65. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0922-0>
- (34) Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):582–589. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0450-y>
- (35) Koopmans G, Uiters E, Devillé W, ym. The use of outpatient mental health care services of migrants vis-à-vis Dutch natives: Equal access? *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(4):342–350. <https://doi.org/10.1177/0020764012437129>
- (36) Kim G, Aguado Loi CX, Chiriboga DA, ym. Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. 2011;45(1):104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.031>
- (37) Nielsen SS, Jensen NK, Kreiner S, ym. Utilisation of psychiatrists and psychologists in private practice among non-Western labour immigrants, immigrants from refugee-generating countries and ethnic Danes: the role of mental health status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(1):67–76. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0916-y>
- (38) Park SY, Cho S, Park Y, ym. Factors Associated with Mental Health Service Utilization Among Korean American Immigrants. *Community Ment Health J*. 2013;49(6):765–773. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9604-8>
- (39) Lay B, Nordt C, Rössler W. Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(3):229–236. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0157-4>
- (40) Iversen V, Morken G. Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):515–519. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0664-x>
- (41) Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, ym. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint—A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(3):201–206. <https://doi.org/10.1080/08039480701352520>
- (42) Mulder CL, Koopmans GT, Selten J-P. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2006;188(4):386–391. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.386>
- (43) Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, ym. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(2):143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01418.x>
- (44) Owen J, Imel Z, Adelson J, ym. "No-show": Therapist racial/ethnic disparities in client unilateral termination. *J Couns Psychol*. 2012;59(2):314–320. <https://doi.org/10.1037/a0027091>
- (45) Anderson KN, Bautista CL, Hope DA. Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. 2019;89(1):104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>
- (46) Brendler-Lindqvist M, Norredam M, Hjern A. Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden - a register-based study. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):122. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0122-2>
- (47) Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Prados-Torres A, ym. Patterns of pharmaceutical use for immigrants to Spain and Norway: a comparative study of prescription databases in two European countries. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0317-9>
- (48) Wallach-Kildemoes H, Thomsen LT, Kriegbaum M, ym. Antidepressant utilization after hospitalization with depression: a comparison between non-Western immigrants and Danish-born residents. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):77. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-77>
- (49) Cruz I, Serna C, Rué M, ym. Duration and compliance with antidepressant treatment in immigrant and native-born populations in Spain: a four year follow-up descriptive study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):256. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-256>
- (50) Freccero C, Sundquist K, Sundquist J, ym. Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):83–88. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132884>

- (51) Cruz I, Serna C, Real J, ym. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study. *BMC Public Health*. 2010;10(1):255.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-255>
- (52) Termorshuizen F, Selten J-P, Heerdink ER. Dispensing of psychotropic medication among 400,000 immigrants in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(8):963–977.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1405-x>
- (53) Härkäpää K, Vuorento M, Buchert U, ym. Maahanmuuttajat Kelan kuntoutuspalveluissa. Kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetty toimenpiteet. *Kuntoutus*. 2012;2: 13–29.
- (54) Kiesepää V, Torniainen-Holm M, Jokela M, ym. Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; 55:487–496.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01774-y>
- (55) Lehti V, Suvisaari J, Gissler M, ym. Purchases of psychotropic drugs among the migrant population in Finland: a nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 2020; 30(6):1152–1157.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa117>
- (56) Saechao F, Sharrock S, Reicherter D, ym. Stressors and Barriers to Using Mental Health Services Among Diverse Groups of First-Generation Immigrants to the United States. *Community Ment Health J*. 2012;48(1):98–106.
<https://doi.org/10.1007/s10597-011-9419-4>
- (57) van der Boer CF, White R. Barriers to Accessing and Negotiating Mental Health Services in Asylum Seeking and Refugee Populations: The Application of the Candidacy Framework. *J Immigr Minor Health*. 2019; 22:156–174.
<https://doi.org/10.1007/s10903-019-00929-y>
- (58) Valibhoy MC, Kaplan I, Szwarc J. “It comes down to just how human someone can be”: A qualitative study with young people from refugee backgrounds about their experiences of Australian mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(1):23–45.
<https://doi.org/10.1177/1363461516662810>
- (59) Herrel N, Olevitch L, DuBois DK, ym. Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(4):345–349.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.008>
- (60) Maier T, Straub M. “My Head is Like a Bag Full of Rubbish”: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants. *Qual Health Res*. 2011;21(2):233–248.
<https://doi.org/10.1177/1049732310383867>
- (61) Whitley R, Kirmayer LJ, Groleau D. Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study from Montreal. *Can J Psychiatry*. 2006;51(4):205–209.
<https://doi.org/10.1177/070674370605100401>
- (62) Byrow Y, Pajak R, McMahon T, ym. Barriers to Mental Health Help-Seeking Amongst Refugee Men. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2634.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16152634>
- (63) Savic M, Chur-Hansen A, Mahmood MA, ym. ‘We don’t have to go and see a special person to solve this problem’: Trauma, mental health beliefs and processes for addressing ‘mental health issues’ among Sudanese refugees in Australia. *Int J Soc Psychiatr*. 2016;62(1):76–83.
<https://doi.org/10.1177/0020764015595664>
- (64) Mölsä ME, Hjelde KH, Tiilikainen M. Changing Conceptions of Mental Distress Among Somalis in Finland. *Transcult Psychiatry*. 2010;47(2):276–300.
<https://doi.org/10.1177/1363461510368914>
- (65) Kuittinen S, Mölsä M, Punamäki R-L, ym. Causal attributions of mental health problems and depressive symptoms among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(2):211–38.
<https://doi.org/10.1177/1363461516689003>
- (66) Piwowarczyk L, Bishop H, Yusuf A, ym. Congolese and Somali Beliefs About Mental Health Services. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(3):209–216.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000087>
- (67) Amri SB. Mental Health Help-Seeking Behaviors of Muslim Immigrants in the United States: Overcoming Social Stigma and Cultural Mistrust. *J Muslim Ment Health*. 2012;7(1).
<https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.104>
- (68) Ahmed A, Stewart DE, Teng L, ym. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(4):295.
<https://doi.org/10.1007/s00737-008-0025-6>
- (69) Schubert CC, Punamäki R-L, Suvisaari J, ym. Trauma, Psychosocial Factors, and Help-Seeking in Three Immigrant Groups in Finland. *J Behav Health Serv Res*. 2019;46(1):80–98.
<https://doi.org/10.1007/s11414-018-9587-x>
- (70) Abe-Kim J, Takeuchi DT, Hong S, ym. Use of Mental Health-Related Services Among Immigrant and US-Born Asian Americans: Results From the National Latino and Asian American Study. *Am J Public Health*. 2007;97(1):91–98.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.098541>
- (71) Williams ME, Thompson SC. The Use of Community-Based Interventions in Reducing Morbidity from the Psychological Impact of Conflict-Related Trauma Among Refugee Populations: A Systematic Review of the Literature. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(4):780–794.
<https://doi.org/10.1007/s10903-010-9417-6>

- (72) Kerkkänen H, Säävälä M. Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. Työ- ja elinkeinoministeriö; 2015. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75031>
- (73) Snellman O, Seikkula, J, Wahlström J, ym. Aikuisten turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaiden kokemat ja terapeuttisissa keskusteluissa kuvaamat ongelmat, auttavat tekijät ja hyödylliset muutokset. Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 2018;26(3):228–246. <https://doi.org/10.30668/janus.68918>
- (74) Schweitzer R, Wyk S van, Murray K. Therapeutic practice with refugee clients: A qualitative study of therapist experience. Couns Psychother Res. 2015;15(2):109–118. <https://doi.org/10.1002/capr.12018>
- (75) Mölsä M, Tiilikainen M. Potilaana somali: Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Duodecim. 2007;123(4):451–457.

VALENTINA KIESEPPÄ

PsM, väitöskirjatutkija

Terveystieteiden tutkimuskeskus

Yhdessä elämisen yksikkö

VENLA LEHTI

*dosentti, psykiatrian erikoislääkäri,
apulaisylilääkäri ja asiantuntijalääkäri*

HUS Psykiatria ja

Terveystieteiden tutkimuskeskus

Yhdessä elämisen yksikkö